

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 144

A PROPOS D'UN CAS
DE
FRACTURE DU COL ANATOMIQUE
DE L'HUMÉRUS
AVEC DÉPLACEMENT EXTRA-CAPSULAIRE DE LA TÊTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1921

PAR

ISNEL (Pierre-André)

Né à Brignoles (Var), le 25 juillet 1892

Décoré de la Croix de guerre (2 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *Président*.
GILIS, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

} *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

11, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRYNFELT.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEI.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine :.....	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie.....	DELMAS (J.).	Physique.....	CABANNES.
Chimie.....	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, professeur, *président*.

GILIS, professeur.

MM. RICHE, agrégé.

ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*à qui je dois tout.
Faible témoignage d'affection et de
reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MON MEILLEUR AMI

BENJAMIN BARBIER

SOLDAT AU 341^e D'INFANTERIE

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE

ET DE LA CROIX DE GUERRE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR (1918)

P. ISNEL.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOIROUD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail.

Hommage respectueux.

P. ISNEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

P. ISNEL.

A PROPOS D'UN CAS
DE
FRACTURE DU COL ANATOMIQUE
DE L'HUMÉRUS

avec déplacement extra-capsulaire de la tête

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

La première description de fracture du col anatomique de l'humérus est due à Reichel qui en a reproduit deux cas dans sa thèse, en 1759, en les étiquetant « décollements épiphysaires ». Mais les auteurs modernes, après examen des pièces, ont été unanimes à penser qu'il s'agissait, en effet, de fracture du col anatomique.

Plus près de nous, on a commencé l'étude de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie. Parmi les auteurs qui se sont occupés de ces questions nous citerons en particulier Devault, Delpech, Dupuytren, Boyer, Cooper, Malgaigne, Gurlt. C'est depuis la seconde moitié du siècle dernier que l'on a commencé à étudier en France les complications de ces fractures et principalement les luxations consécutives ou concomitantes.

En effet, en 1852, Richet adresse à la Société de chirurgie un cas de luxation de l'épaule compliquée de

fracture du col anatomique. Mais avant cette communication nous devons citer le cas de Houzelot commenté par Delpech et une observation de Lenoir ; dans ces deux études le diagnostic n'avait été fait qu'à l'autopsie.

L'observation de Richet avait provoqué une vive discussion à la Société de chirurgie. En 1884, Oger signale, dans sa thèse, 80 cas de luxation de l'épaule, avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont 22 seulement au niveau du col anatomique.

Au fur et à mesure que les moyens d'expérience et de contrôle se perfectionnent, l'étude de la question devient plus complète. Parmi les travaux modernes nous devons citer ceux de Poirier et Maucclair, de Reiffel, de Tanton, de Cahier. Malgré tout, le nombre de cas publiés reste peu élevé ; d'ailleurs Buchanan, en 1908, ne réunissait que 34 cas de fracture du col anatomique de l'épaule. C'est pour cela qu'il nous a paru intéressant de publier l'observation originale que nous devons à l'obligeance de M. Moiroud, chirurgien des hôpitaux de Marseille, et de faire de cette question le sujet de notre thèse.

Après avoir rapporté cette observation et exposé l'anatomie pathologique, l'étiologie et le mécanisme suivant lequel se produisent les lésions, nous parlerons de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement.

OBSERVATION

11 avril 1921. — M. C... L..., âgé de 50 ans, fait une chute de tramway.

Aucun antécédent pathologique.

Bonne santé générale. Corpulence moyenne.

Au moment où nous l'avons examiné, le blessé présente les signes d'une luxation de l'épaule gauche que nous réduisons aussitôt et sans aucune difficulté, sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Malgré la réduction nous constatons une certaine persistance de la dépressibilité sous-acromiale, des douleurs très vives et exagérées par le moindre mouvement; n'y a aucun signe de paralysie des muscles du membre.

Nous demandons alors un examen radiographique immédiat qui nous révèle les lésions suivantes : la tête humérale, entièrement décapitée, est énucléée dans la région axillaire, au-dessus de la cavité glénoïde, tandis que l'extrémité supérieure de l'humérus, dont les contours sont irréguliers, est au contact de la surface glénoïdienne.

Il s'agit donc d'une fracture du col anatomique, contemporaine d'une luxation de l'épaule, avec déplacement

de la tête dans l'aisselle. Notre tentative de réduction avait permis cependant de ramener le segment inférieur de la fracture dans la cavité articulaire.

21 avril. — Notre traitement consiste en une extirpation de la tête humérale, abordée par une incision axillaire parallèle au bord du grand pectoral et ayant son milieu au point où l'on sent l'extrémité osseuse énucléée.

Celle-ci est située derrière le paquet vasculo-nerveux qu'il faut récliner en entier et avec prudence, car il est soulevé par la tête humérale comme par un chevalet.

Suture avec léger drainage au crin.

Réunion « per primam ».

Mobilisation précoce qui est commencée dès le septième jour et continuée très attentivement.

15 juin. — Deux mois après l'accident les douleurs ont complètement disparu, les fourmillements constatés dans le domaine du médian et du cubital sont à peine marqués au niveau du cinquième doigt.

Les mouvements de l'épaule sont revenus presque en totalité, à part l'abduction qui atteint 45°.

17 juillet. — Les mouvements d'abduction du bras dépassent 65°.

Le blessé peut, sans aucune gêne, se servir de son membre et vaquer à ses occupations habituelles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour qu'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus soit qualifiée de fracture du col anatomique, il faut qu'elle suive la rainure anatomique. D'où les noms de fracture par décapitation de Delbet, fracture intracapsulaire de Cooper et Malgaigne, fracture sus-tuberculaire de Kocher. Mais depuis le contrôle radiographique on a vu que le trait de séparation ne passait pas toujours au niveau de la rainure anatomique ; il en résulte, comme le fait remarquer Rieffel, que si la fracture est réellement intracapsulaire à sa partie moyenne (puisque la capsule s'attache au-dessous du col), elle est souvent extracapsulaire à ses extrémités, le trait empiétant plus ou moins sur l'une des tubérosités.

Ce point établi, il nous reste à voir dans cette étude anatomique la situation de la tête luxée et celle du levier brachial.

La tête a perdu tout contact avec la cavité glénoïde ; sa situation est très variable.

Buchanan, vérifiant ses observations par des interventions chirurgicales ou par l'autopsie, a noté une fois la

position sous-épineuse, deux fois la position sous-glénodienne, deux fois la position sous-coracoïdienne, une fois la position intracoracoïdienne, une fois la tête était incluse dans les fibres du grand pectoral, une fois elle se trouvait sous la clavicule. Ce sont les situations sous-coracoïdiennes et sous-glénodiennes qui paraissent être, d'après cette énumération, les plus fréquentes.

Quelle sera la destinée de ce fragment ainsi énucléé isolé ?

Les auteurs ne sont pas tous d'accord à ce sujet. Les anciens pensaient que la tête, privée de toute connexion vasculaire, pouvait se nécroser et provoquer une arthrite purulente ; mais cette conception n'a pas été démontrée par les faits. König a cité un cas où la tête avait disparu probablement à la suite d'un processus d'ostéite raréfiant.

Le plus souvent on constate, en réalité, une dégénérescence graisseuse, et la tête ainsi modifiée constitue un véritable corps étranger, libre ou réuni aux tissus voisins par des adhérences intimes.

Le fragment inférieur de l'humérus reste dans la plupart des cas en regard de la cavité glénoïde avec laquelle il peut former une néarthrose. Il est rare de le voir perforer la capsule et les muscles.

Enfin, il ne faut pas oublier que la tête, dans son déplacement extra-capsulaire, vient se placer dans l'aisselle à proximité du paquet vasculo-nerveux. Sa surface rugueuse et tranchante peut déterminer des déchirures de l'artère axillaire, et, si cette surface est en contact avec le plexus brachial, elle peut déterminer des lésions chroniques qui assombrissent le pronostic.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

La fracture du col anatomique avec déplacement extra-capsulaire de la tête s'observe en général à un âge avancé. Poirier et Mauclaire ont expliqué cette fréquence en étudiant la structure de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Si on fait une coupe verticale de l'os chez un adulte, on constate que l'épiphyse supérieure est formée par du tissu spongieux recouvert par une mince lamelle de tissu compact ; cette dernière est un peu plus épaisse au niveau des tubérosités. Vers l'âge de 35 à 40 ans, le tissu spongieux se raréfie, et il apparaît en son centre une cavité ou « géode » qui ne tarde pas à se fusionner avec le canal médullaire. Ces quelques détails de structure expliquent la fragilité spéciale de l'épiphyse dans la seconde moitié de la vie.

La cause déterminante est une violence directe portant sur l'épaule, ou une chute sur le coude ou sur la main produisant une fracture indirecte. D'après Hennequin, cette dernière cause serait la plus fréquente.

Dans les luxations compliquées de fractures, il est assez difficile, disait en 1853 Malgaigne, de préciser le

mécanisme suivant lequel se produisent les lésions. Sont-elles simultanées, ou sinon laquelle précède l'autre ? Sont-elles dues à un choc direct ou à un contre-coup ? En 1823, Delpech, en rapportant le cas de Houzelot, avait exposé, dans la *Chirurgie clinique de Montpellier*, comment on pouvait expliquer la formation des lésions dans les cas de fracture par cause directe. Pour Delpech, il y aurait, au moment de la chute, un mouvement de rotation soit en dedans, soit en dehors, par suite duquel la tête humérale pressée entre le sol et le contour de la cavité glénoïde se fracturerait au niveau du col anatomique, qui répond au contour de la cavité articulaire.

Une fois la séparation de la tête humérale effectuée, la violence extérieure, continuant d'agir, pousse la tête fracturée contre la capsule qui se déchire et la laisse passer.

En résumé, Delpech admet d'abord une fracture du col anatomique, puis l'énucléation de la tête par cause directe.

Un peu plus tard, en 1827, Lallemand publie dans les *Ephémérides médicales de Montpellier* un cas de fracture du col anatomique avec énucléation de la tête chez un homme de 86 ans tombé d'une échelle. Il fait la description des lésions d'après l'autopsie, et adopte un point de vue différent de celui de Delpech. D'après Lallemand, la tête, dans ce cas particulier, étant séparée non seulement de l'os, mais aussi de tout muscle ou ligament, rien n'aurait pu l'entraîner hors de l'articulation.

L'auteur pense que, dans la chute, le bras s'était engagé entre deux échelons et que, d'une part l'effort musculaire que fit cet homme pour le retirer, et d'autre part la force d'impulsion produite par la chute et le poids du corps avaient d'abord luxé l'humérus. La luxation faite, le bras étant maintenu écarté du tronc par un

obstacle, les muscles grand pectoral, grand dorsal, grand rond et sous-scapulaire ont pu opérer la fracture en tirant en avant et en dedans le corps de l'humérus, dont la tête était retenue par l'apophyse coracoïde et dont la grosse tubérosité seule était tirée en arrière par le sus-épineux, le sous-épineux et le petit rond.

Oger, qui exprime dans sa thèse l'opinion de Le Fort, pense que la fracture étant produite, et simultanément la capsule entamée, le fragment inférieur vient s'archouter sur le fragment supérieur et détermine le déplacement de ce dernier par contraction musculaire, ou par la force traumatique qui continue à agir.

Parmi ces trois théories qui ont cherché à expliquer le mécanisme de la fracture par cause directe, c'est celle de Delpech qui a été adoptée. On s'est efforcé aussi d'étudier la fracture par cause indirecte.

Poirier et Mauclair l'expliquent de la façon suivante :
« Quand le malade tombe sur le coude ou sur la main portée en avant et en dehors, il se produit une subluxation, la tête vient presser contre la partie inférieure de la capsule qui se déchire ; mais la violence est telle que le col anatomique, luttant contre le bord inférieur de la cavité glénoïde, se fracture ; la tête reste dans l'aisselle et l'extrémité fracturée de l'humérus vient au-devant de la cavité glénoïde. »

SYMPTOMATOLOGIE

L'interrogatoire donnera des renseignements peu nets; le blessé dira qu'il a ressenti une violente douleur dans l'épaule, que le bras est immédiatement retombé inerte, que les mouvements sont impossibles.

C'est l'examen qui révélera des signes importants pour le diagnostic, mais il faut que cet examen soit fait dans les quelques heures qui ont suivi l'accident.

Si on examine le malade tout à fait au début, on constate une dépression au-dessous de l'acromion, ce qui montre que la tête a quitté la cavité glénoïde; mais cette dépression n'est pas très accusée parce qu'il y a toujours une ascension du fragment inférieur.

Qu'on porte la main dans le creux axillaire, on arrive presque toujours à sentir une tumeur dure, arrondie, plus ou moins mobile et qui ne participe pas aux mouvements imprimés à la diaphyse humérale.

Un autre signe important est la mobilité anormale du bras qui peut être facilement rapproché du thorax. La crépitation n'est pas franche et on le comprend aisément quand on pense qu'elle résulte ici du frottement de

la surface inégale du fragment inférieur de l'humérus avec la surface lisse et polie de la cavité glénoïde.

La mensuration enfin peut montrer le raccourcissement du membre malade. Dans le cas de Richet, cette mensuration étant pratiquée de l'acromion à l'épicondyle, le bras malade mesurait 26 cm. 1/2 et le bras sain 29 cm.

Si la tête énucléée est en contact avec le paquet vasculo-nerveux, le malade accuse des fourmillements dans les doigts du côté lésé.

Tel est le tableau symptomatique de la lésion au début.

Qu'on examine le patient longtemps après l'accident, on se trouve en présence d'un épanchement considérable, les parties molles sont gonflées, les muscles contracturés et l'examen complet devient impossible. C'est surtout dans ces cas que la radiographie rendra des services inappréciables en révélant la nature de la lésion.

L'examen radiographique ne doit jamais être négligé. C'est lui qui nous éclairera sur la situation exacte des fragments et sur l'étendue des dégâts osseux.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas toujours aisé, surtout quand il s'agit de cas anciens. Mais, après un examen méthodique, on pourra reconnaître la fracture du col anatomique avec déplacement extracapsulaire de la tête. Parmi les signes que nous avons passés en revue au chapitre de la symptomatologie, il y en a trois qui ont une valeur indiscutable au point de vue diagnostique et que l'on doit rechercher avec attention. Ce sont : la faible dépression sous-acromiale, la présence de la tête humérale dans l'aisselle reconnaissable sous la forme d'une tumeur dure, arrondie et mobile, enfin la possibilité de rapprocher le coude du tronc. — Si ces signes sont positifs, le diagnostic devient relativement facile. Mais de tous les moyens d'investigation la radiographie est le seul qui puisse conduire à une affirmation.

On ne confondra pas cette double lésion avec une luxation simple de l'épaule. En effet, dans ce cas, la tête participe aux mouvements de rotation du fragment inférieur, le coude est éloigné du tronc, la correction de l'attitude vicieuse réclame des manœuvres spéciales, etc.

Dans les cas de luxation de l'épaule avec fracture du

col chirurgical, il existe certains signes décrits par Hennequin et qui permettront de faire le diagnostic différentiel : effacement ou diminution du relief deltoïdien, déviation de l'axe du membre, transmission imparfaite à la tête des mouvements imprimés à l'humérus, fréquence beaucoup plus grande (comme dix est à un), crépitation beaucoup plus fréquente et presque constante, mobilité anormale quand la tête peut être fixée.

Le diagnostic ne doit pas se borner seulement aux lésions osseuses. On doit rechercher les lésions des artères et des nerfs. Si l'artère axillaire est rompue, on constate la disparition du pouls radial et les signes d'un anévrysme diffus dans l'aisselle. Si l'artère axillaire est intacte mais avec rupture d'une collatérale, on aura encore les signes de l'anévrysme, mais avec conservation du pouls radial affaibli.

La présence de fourmillements accusés par le malade au niveau de ses doigts feront craindre des complications nerveuses.

Pronostic. — Le pronostic doit être réservé. En effet, souvent il se forme entre le fragment huméral inférieur et l'omoplate un cal exubérant, de véritables stalactites osseuses qui entraînent une impotence fonctionnelle considérable.

La consolidation se fait en général en trois mois.

En plus de cette ankylose, certaines complications peuvent survenir qui aggravent d'une façon toute particulière le pronostic. Nous avons déjà parlé des déchirures vasculaires, des compressions nerveuses, nous citerons encore la gangrène du membre, la suppuration du foyer de fracture (Delpech), la nécrose du fragment capital (Bardenhauer).

On doit à priori redouter toutes ces complications, mais les faits cliniques nous montrent qu'elles sont rares. Il y a plus ; dans certaines observations, et celle que nous avons rapportée en est un exemple, il s'établit entre la cavité glénoïde et le fragment huméral inférieur une néarthrose, qui permet une mobilisation assez étendue du bras. Dans notre observation les mouvements du bras sont revenus presque en totalité ; l'abduction seule est légèrement limitée, et ce fait a été noté par de nombreux auteurs qui l'expliquent par des lésions du nerf circonflexe.

On voit, par ce qui précède, que le pronostic doit être réservé, mais qu'il n'est pas toujours très grave, comme le pensaient les anciens.

TRAITEMENT

Le traitement de ces cas complexes présente de telles difficultés que plusieurs méthodes ont été proposées et sur lesquelles on continue encore à discuter.

Nous ne ferons que citer la méthode ancienne qui consistait à laisser consolider la fracture d'abord et à réduire ensuite la tête humérale. Si on se rapporte à l'anatomie pathologique, on verra combien il sera difficile de faire réintégrer la cavité glénoïde; plus ou moins masquée par des jetées osseuses, au fragment capital, qui a déjà contracté des adhérences avec les parties molles de l'aisselle ou la face interne de l'humérus.

Certains auteurs ont conseillé la méthode de Ribéri ou celle de Richet, mais ces méthodes semblent plutôt s'appliquer aux fractures du col chirurgical.

On peut enfin avoir recours au traitement sanglant.

Ce traitement comporte deux procédés: l'extraction de la tête énucléée (méthode de Delpêch) ou la reposition après large arthrotomie. Nous ne signalons que pour mémoire ce dernier procédé, qui convient seulement au traitement des fractures du col chirurgical.

La grande majorité des chirurgiens adoptent aujourd'hui

d'hui la ligne de conduite conseillée par Delpech, abandonnée autrefois par les auteurs qui, comme le disait Lenoir, à la Société de chirurgie ne voulaient pas donner « à une fracture déjà compliquée de luxation la complication la plus redoutable en pareil cas, celle d'une plaie ».

La première excision de la tête a été pratiquée par l'Américain Morton en 1881, mais, le lendemain de sa sortie de l'hôpital, le malade « fut pris de diarrhée violente avec épuisement ». La mort survint huit jours après.

Les chirurgiens actuels ont eu des résultats très encourageants, et Buchanan insiste sur les bons effets de l'excision.

Poirier et Mauclaire, Delorme, Vanverts ont rapporté des cas très favorables. Facque a publié dans sa thèse des observations de Gosset, Reymond et Heitz-Boyer. Dans tous ces cas l'excision de la tête avait donné des résultats excellents.

Nous ne décrirons pas le procédé opératoire, mais nous indiquerons seulement qu'il faut installer de très bonne heure des massages, de la mobilisation, de l'électrisation des muscles, ce qui permettra l'établissement d'une bonne néarthrose et assurera ainsi au membre malade la conservation de presque tous ses mouvements.

CONCLUSIONS

I. — La fracture du col anatomique de l'humérus avec luxation de la tête est très rare.

II. — Elle se produit après une chute ou un choc violent sur l'épaule ou bien d'une façon indirecte après une chute sur le coude ou la main.

Elle s'observe en général chez les personnes âgées.

III. — Elle est caractérisée au point de vue anatomique par une solution de continuité siégeant au niveau de la rainure de la tête, qui se trouve le plus souvent dans l'aisselle.

IV. — Parmi les signes les plus importants, nous citerons la faible dépression sous-acromiale, la présence de la tête dans l'aisselle, la possibilité de rapprocher le coude du tronc.

La crépitation est peu nette.

V. — Grâce à ces signes, le diagnostic peut être fait, surtout si on examine le blessé immédiatement après l'accident.

VI. — Le pronostic doit être réservé.

Il est aggravé par l'apparition de complications, heureusement rares, telles la déchirure de l'artère axillaire, la compression nerveuse.

VII. — Si la lésion est livrée à elle-même, il peut se produire une néarthrose entre le fragment huméral inférieur et la cavité glénoïde.

Mais le plus souvent il se forme un cal exubérant qui entraîne l'ankylose.

VIII. — Le traitement consistera à extirper la tête humérale et à pratiquer une mobilisation précoce.

Cependant si le malade est d'un âge trop avancé ou si son état ne permet pas une intervention chirurgicale, on pourra, à moins qu'il y ait des accidents de compression du paquet vasculo-nerveux, réduire simplement la luxation et faire aussi une mobilisation précoce.

BIBLIOGRAPHIE

- CAHIER. — Luxations de l'épaule (*In* Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, 1908, t. VI, p. 106).
- COOPER (Astley). — Œuvres chirurgicales. Trait. de Chassaignac et Richelot, 1837.
- DELPECH. — Maladies chirurgicales, 1823, t. III, p. 233, 1 pl.
- FACQUE. — Du traitement de certaines fractures graves de l'extrémité supérieure de l'humérus par la résection de la tête humérale (Th. Paris, 1909).
- FORGUE. — Précis de pathologie externe, 6^e édit. 1917, p. 980.
- KOCHER. — Les fractures de l'humérus et du fémur, 1904, p. 13.
- LALLEMAND. — Luxation de l'humérus accompagnée de fracture du col anatomique de cet os (Ephémérides méd. de Montpellier et clinique des hôpitaux, 1827, t. IV, p. 378).
- LENOIR. — Luxations compliquées de fracture (Bull. Soc. de chir., 1852, p. 186).
- MALGAIGNE. — Luxations compliquées de fracture (Journ. de chir., 1853, p. 80).
- OGER. — Etude sur les luxations scapulo-humérales compliquées de fracture de la partie supérieure de l'humérus (Th. Paris, 1884).
- POIRIER. — Fractures et écrasements de l'extrémité supérieure de l'humérus (Congrès fr. de chir., 1894, p. 471).

- POIRIER et MAUCLAIRE. — Des fractures de l'extrémité supérieure, de l'humérus (Rev. de chir., 1892, t. XII, p. 818).
- RIBÉRI. — Gaz. méd. Paris, 1843, p. 497.
- RICHEL. — Bull. Soc. de chir., 1813, p. 455. — *Ibid.*, 1862, p. 281.
- RIEFFEL. — Fractures (*In* Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, 1896, t. II, p. 210).
- SAUVAGE. — Contribution à l'étude des fractures intra-articulaires de l'épaule (Th. Lyon, 1914).
- TANTON. — Fractures (*In* Nouveau Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, 1915, t. IV, p. 714).
- VANVERTS. — Luxation scapulo-humérale compliquée de fracture du col anatomique et des tubérosités. Extirpation de la tête humérale. Résultat fonctionnel excellent. Radiographie (Bull. Soc. chir. Paris, 1904, p. 443).

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

A propos d'un cas de fracture du
col anatomique de l'humérus avec
déplacement extra-capsulaire de la
tête,

par Pierre Isnel.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 18 juillet 1921.

Le Professeur,

ESTOR.

VU :

Montpellier, le 18 juillet 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 19 juillet 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!





Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
